

# 臺中市家庭教學服務人員職業工會

## 會員退保確認申請書

會員編號				退保原因： <input type="checkbox"/> 轉換投保單位 <input type="checkbox"/> 無從事本業	
會員姓名				<input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他：	
身份證字號		生日	年 月 日		
勞保投保金額		勞保退保日	年 月 日		
健保投保金額		健保退保日	年 月 日		
健保眷屬退保	姓名	身份證字號	生日	退保日期	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女			年 月 日	年 月 日	

※ 申請退保會員，請將前期費用繳清，若未繳納積欠費用會產生滯納金

※ 請於預定退保日當日 17:00 前將申請書送達或傳真至本會，逾時則延至次一工作日辦理。

申請退保會員簽名確認：

退費指定帳戶：\_\_\_\_\_ 銀行（代碼：\_\_\_\_\_）帳號：\_\_\_\_\_

（※匯費由會員自行負擔）

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話：04-22014797

傳真：04-22017976